UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 331

La Blennorragie chez les petits garçons

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 9 Novembre 1932

PAR

Berko JURYZDICKI

Né le 2 Janvier 1903 à KOBRYN (Pologne)

LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

LA BLENNORRAGIE CHEZ LES PETITS GARÇONS

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 331

La Blennorragie chez les petits garçons

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 9 Novembre 1932

PAR

Berko JURYZDICKI

Né le 2 Janvier 1903 à KOBRYN (Pologne)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC PAVIOT
Cliniques chirurgicales	TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	X. .BONNET, agrégé, chargé de cours).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GAYET, *président* ; CHALIER A , *assesseur* ;

WERTHEIMER *et* CIBERT

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mes Parents

En signe d'inaltérable affection,
cette thèse est humblement dédiée.

A Madame Suzanne BRACKEN

En témoignage de mon profond attachement.

A mes Amis

A Monsieur le Professeur GAYET
Professeur de Clinique Urologique à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Qui nous fit le grand honneur de
présider la soutenance de cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545327_0022

Introduction

Le sujet de cette thèse, « La blennorragie chez les petits garçons », inspiré par M. le Professeur Gayet, mérite d'attirer l'attention, malgré la rareté relative de cette affection. C'est une maladie très fréquente chez l'adulte et d'observation courante, surtout dans les grandes villes.

C'est une véritable maladie sociale, énergiquement combattue actuellement par la création de centres anti-vénériens. Nous ne rentrerons pas dans les détails d'éducation anti-vénérienne ayant comme point de départ les conférences de caractère sexuel pour les adolescents et la lutte contre la prostitution, véritable source de ce mal. Chez l'enfant et, essentiellement chez le garçon, la fréquence est beaucoup moindre.

La littérature médicale s'en est préoccupée très peu et il faut véritablement fouiller très minutieusement les périodiques médicaux pour trouver quelque chose touchant ce sujet. Chez la petite fille, les observations sont beaucoup plus nombreuses. On parle couramment de la vulvo-vaginite gonococcique de la petite fille, question profondément étudiée au point de vue clinique et origine.

Au contraire, le petit garçon est remarquablement moins souvent atteint pour des causes que nous étudierons plus tard.

Nous tâcherons donc d'apporter dans ce travail des observations mettant en lumière cette question, peut-être mal connue encore par la majorité des praticiens.

L'étude étiologique, clinique et le traitement nous montreront la conduite à tenir dans un tel cas.

Nous verrons la multiplicité des causes de contagion et les difficultés de la thérapeutique.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à notre Maître qui nous a inspiré cette thèse.

Historique

L'histoire de la blennorragie en général est très ancienne, mais on ignorait complètement qu'elle peut aussi se manifester chez l'enfant.

L'événement des doctrines bactériologiques a permis d'ouvrir un chapitre, presque entièrement nouveau, celui de la blennorragie chez l'enfant.

Certes, avant Neisser, on connaissait de nombreux cas d'écoulements urétraux observés chez des enfants, mais on ne leur supposait aucune analogie, étiologique surtout, avec l'écoulement d'origine vénérienne observé communément chez l'adulte. Pour les anciens auteurs, c'était un axiome que les enfants n'avaient pas la chaude-pisse.

Comment ont-ils donc expliqué l'origine de ces écoulements ?

Ils ont attaché à ce phénomène des causes diverses. Les uns ont attribué ces écoulements urétraux à la fièvre typhoïde (Sanné), à la parotidite, au rhumatisme articulaire aigu.

On a incriminé également la dentition en voyant survenir des écoulements à cette période. D'autres, enfin, observaient ces mêmes manifestations au cours de l'administration de certaines préparations arsénicales

ou à la suite de l'absorption de certains aliments particulièrement irritants (asperges, raifort, moutarde, etc.).

Rien ne nous permet d'éliminer la nature gonococcique de ces cas, étant donné qu'à ce moment-là la méthode microbiologique était exempte du domaine de la pratique médicale.

Nous sommes en droit de dire que toutes ces causes sont plus que douteuses.

A l'heure actuelle, on ne trouve presque jamais d'observations de cet ordre et toutes les fois que l'on constate un écoulement, l'origine en est toute autre.

C'est donc une maladie reconnue récemment et dont la première observation remonte à 55 ans environ. Déjà, en 1874, A. Fournier nous rapporte un cas de blennorragie d'origine indiscutablement vénérienne chez un garçon de trois ans.

Notons que c'était la première observation citée dans la littérature médicale à étiologie certaine. Mais, malheureusement, l'épreuve microscopique ne pouvait pas donner encore ses affirmations, le bacille de Neisser n'ayant été découvert que cinq ans plus tard.

En 1885, Cseri nous donne la preuve d'autres cas, avec confirmation de laboratoire et, depuis ce moment, on ne doute plus de la nature gonococcique des écoulements urétraux chez l'enfant. A partir de cette période, les observations se sont multipliées et de nombreux auteurs, à différentes reprises, nous confirment l'existence d'une maladie semblable chez les garçons.

Van Arsdal, en 1890, a eu le mérite de signaler à son tour trois cas. Avant lui, Prettymann, en 1888,

observe deux cas de blennorragie chez deux frères de 9 et 11 ans. Ces auteurs sont bientôt suivis par Kammer, Marfan, Grandall, Rona, Custer, Abble, Martin et autres.

Rona, en 1893, examine le pus de seize écoulements urétraux chez des garçons de 15 mois à 13 ans et demi et trouve chez tous le gonocoque.

N'oublions pas, également, de citer Moncorvo qui, en 1894, nous rapporte huit cas de blennorragie chez des garçons de 2 à 7 ans, et Imervol qui, en 1897, constate six cas du même ordre chez des garçons de 2 ans et demi à 11 ans.

Cette nouvelle maladie prend alors une place importante qu'elle n'avait pas avant.

Elle était peut-être aussi fréquente qu'actuellement, mais le progrès médical étant encore insuffisant, on se trouvait désarmé devant le dépistage véritable de cette maladie chez l'enfant.

On nous a même signalé des épidémies à gonocoque chez les garçons, comme celle de Baltimore en Amérique, survenue dans un Institut, et celle notée tout récemment en Russie soviétique (1919-1920).

D'ailleurs, les statistiques modernes faites ces dernières années en Amérique (il y a 5 ans) nous donnent des chiffres très intéressants au point de vue de la fréquence de cette maladie que nous étudierons plus loin.

Passons maintenant à l'étude proprement dite de notre sujet.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général

Il est hors de doute que la vulvo-vaginite gonococcique chez les petites filles est beaucoup plus fréquente que la blennorragie chez les petits garçons.

Tâchons d'expliquer cette fréquence, relativement plus grande pour le sexe féminin, par des arguments probants.

Tout d'abord, il est important d'envisager un point anatomique qui explique la réceptivité favorable du gonocoque au niveau des organes génitaux de la petite fille, en raison de la brièveté de l'urètre, de la proximité de l'urètre avec le vagin et l'anus.

Tandis que chez le garçon la muqueuse urétrale est bien protégée par le prépuce qui est, dans le bas âge, assez long pour la recouvrir, la muqueuse de la vulve chez la petite fille est largement ouverte à l'extérieur et présente ainsi un accès facile aux agents pathogènes.

Donc, les contacts de l'organe génital mâle avec un milieu septique par attouchements ou autres moyens, peuvent ne produire aucune trace d'inflammation. L'organe reste sain grâce à sa barrière de protection. La petite fille est, malheureusement, plus facilement

vouée à l'infection. Du moment où sa vulve est en contact avec un milieu septique, il lui est difficile d'échapper à la vulvo-vaginite, couramment observée dans les hôpitaux d'enfants.

La question de terrain crée des conditions de contagion d'une importance capitale et nous ne pouvons nier que la vulve est un milieu de culture par excellence.

On y trouve constamment une flore microbienne abondante et il suffit d'en réveiller la virulence pour qu'il y ait inflammation, d'autant plus intense et moins évitable que les soins d'hygiène et de propreté font défaut. Dans ces cas-là la mère est la principale responsable. L'hygiène de l'enfance constitue un problème important dans les écoles d'enseignement primaire où la surveillance de la propreté doit être rigoureusement observée. Malgré cela, on voit souvent éclater, dans les établissements scolaires, des épidémies massives de vulvo-vaginite gonoccocique. Des faits semblables ont été réunis à différentes reprises en France et à l'étranger.

Des épidémies ont été également observées dans les hôpitaux, comme celle de la Charité de Lyon, rapportée par Weil et Barjon, et qui était consécutive à l'usage du thermomètre commun pour toutes les filles de l'hôpital.

A Posen, une épidémie de vulvite blennorragique éclata parmi les petites filles qui s'étaient rendues dans le même établissement de bains.

Nous pourrions citer encore des cas de ce genre. Il existe des descriptions classiques sur ce sujet où rien

n'est passé sous silence. Des chapitres entiers ont été consacrés aux complications de cette maladie, mais entrer dans les détails à ce sujet nous mènerait trop loin. Tout le monde est donc d'accord sur la moindre fréquence de la blennorragie chez le petit garçon.

Mais avant d'aborder la question de l'écoulement urétral dans la première et la seconde enfance, il est utile d'attirer l'attention sur l'ophtalmie gonococcique des nouveau-nés.

Elle survient, habituellement, au moment de l'expulsion de l'enfant pendant l'accouchement et est transmise par la mère atteinte d'une gonorrhée.

L'ophtalmie est redoutable pour la vue et les statistiques des institutions d'aveugles rapportent de nombreux cas de cécité absolue des nourrissons dus à cette maladie. Le gonocoque de Neisser pénètre dans la conjonctive de l'œil au moment du passage de la tête fœtale par les voies génitales infectées. C'est une affection bien connue au point de vue de son allure clinique, de sa marche et de son évolution.

Méfions-nous des conséquences vraiment graves qu'elle produit et tirons-en une conclusion ferme : appliquons un traitement précoce et efficace.

L'urétrite blennorragique chez les petits garçons constitue un intérêt de haute importance, laquelle sera le sujet principal de notre travail.

Les conditions étiologiques sont extrêmement variées. Essayons de les ranger d'abord en deux grandes classes :

Premièrement, nous signalerons toutes les causes de contagion indirecte d'origine non-vénérienne qu'on

observe surtout dans la première enfance. Ensuite, nous ferons un chapitre concernant les blennorragies par contagion directe, d'origine vénérienne, le plus fréquemment observées dans la seconde enfance.

Une série d'observations donnera une vue d'ensemble nette et fixera nos idées sur les variations et l'allure clinique de cette maladie.

CHAPITRE II

Etiologie

Fréquence.

La fréquence de la blennorragie chez les petits garçons diffère suivant les pays. Il est à envisager un point climatique et culturel qui crée des conditions de vie génitale précoce et peuvent, par conséquent, favoriser cette maladie. Les pays chauds nous fournissent plus de cas de blennorragie chez l'enfant que les pays tempérés, de même que les populations primitives sont plus atteintes que les populations civilisées. Les observations de Minime et de beaucoup d'autres nous en apportent la preuve absolue.

Nous sommes frappé de la différence du nombre de cas de blennorragie chez le petit garçon entre l'Allemagne, l'Amérique et la France.

Celle-ci est, en effet, considérée comme une rareté en France et la littérature médicale nous a donné le minimum d'observations de cet ordre ; l'Encyclopédie d'Urologie n'y consacre qu'un très court chapitre.

Ne nions pourtant pas qu'un certain nombre de

cas nous échappent et, qu'en réalité, le chiffre doit en être plus élevé.

On a publié, par contre, de nombreux cas de blennorragie chez les petits garçons en Amérique et en Allemagne. Ne pourrons-nous donc pas penser ici au refoulement de la théorie de Freud, marquée davantage dans les pays anglo-saxons que dans les pays latins ?

D'après W. Van Arsdale, celle-ci ne serait pas rare chez les petits garçons et il en a observé, en peu de temps, trois exemples chez des enfants de 10 mois, 1 an et 4 ans. Selon lui, si on se rapporte aux conditions de vie de beaucoup d'enfants, les causes de contamination sont considérables. Suivant ses statistiques de blennorragie chez les petits garçons et chez les adultes, on arrive à des chiffres dont le rapport est de 1 à 35.

Les auteurs américains nous fournissent, à ce sujet, des statistiques intéressantes, faites tout récemment à Chicago et à New-York.

En 1923, on note à New-York (New-York State Department of Mealt), 3.346 cas de blennorragie chez des hommes, dont 58 chez des jeunes garçons au-dessous de 14 ans, ce qui donne un rapport de 1 à 57.

En 1927, à Chicago, on rapporte un nombre de 352 maladies vénériennes à gonocoque chez les enfants des deux sexes.

Frank Lydston, à Chicago, a observé 30 cas d'urétrite chez des petits garçons de familles aisées.

Le Docteur Herman Adler (Director of the Institute for Juvenile Research of Chicago), a examiné pendant

une période de 27 mois, 600 enfants au-dessous de 13 ans, pour maladies vénériennes et a posé le diagnostic de 85 % de blennorragie et 15 % de syphilis. Il note 83 urétrites chez des garçons n'ayant pas atteint l'âge de la puberté. En outre, il rapporte un examen de 5.000 enfants dont le résultat du diagnostic comporte un chiffre assez important en faveur de cette maladie. Les mêmes constatations ont été faites en Allemagne, où un certain nombre d'auteurs se sont préoccupé particulièrement de cette question.

Le Docteur Ficher nous fournit, dans un de ses articles, des proportions de blennorragie chez les petits garçons, supérieures à celles constatées en France.

Il nous cite 71 cas connus dans la littérature, entre 1884 et 1902, mais il attire, en même temps, l'attention sur les observations bien connues et qui ne font pas partie de sa statistique. Un nombre considérable nous est également fourni par Moncorvo, de Rio-de-Janeiro, qui a observé dans sa clinique 200 cas de blennorragie génitale chez de jeunes enfants et sur 47 cas, dont le sexe a été noté, il a trouvé 8 garçons et 39 filles, ce qui ferait environ 1 garçon pour 5 filles.

D'après tout ce que nous avons pu voir dans la littérature au point de vue du nombre de blennorragie chez les petits garçons, nous arrivons à 489 cas. Mais si nous ajoutons les épidémies de Baltimore, rapportées par Winslow et celle dernièrement observée en Russie par Mme Kollontai, nous serons assez bien documentés et nous pourrons ne pas considérer cette maladie comme une rareté.

En somme, il ressort de notre exposé que le petit

garçon est très rarement atteint d'urétrite blennirragique en France et beaucoup moins, certainement, que dans d'autres pays.

Notre maître, le Professeur Gayet, a vu un cas chez un adolescent de 15 ans et un seul chez un garçonnet, c'est l'observation qu'on trouvera plus loin.

Age.

D'après ce que nous avons pu voir, la blennorragie urétrale chez les garçons s'observe à tout âge dans l'enfance.

Marer, en 1899, nous rapporte une observation d'un enfant de 5 mois, atteint d'une affection gonococcique. Un cas semblable est constaté par Van Arsdale, chez un garçon de 10 mois, mais les constatations de cet ordre sont vraiment rares.

Le nombre de contaminés augmente avec l'âge et entre 1 et 2 ans les cas se sont multipliés, mais la plus grande partie d'infectés est entre 3 et 5 ans.

En effet, les femmes qui commettent des attentats sur de petits garçons seront portées à se servir d'enfants très jeunes, qui ne raconteront rien, mais elles préféreront quand même un enfant de 3 à 5 ans, les organes génitaux étant généralement d'autant plus développés que l'enfant est plus âgé.

Une quantité considérable de malades se trouve chez des garçons de 7 à 13 ans, car à cet âge, surtout les génitaux précoces, se livrent déjà à de véritables rapports sexuels. En plus de cela, nombreux sont ceux qui, poussés par le mauvais exemple, s'adonnent à la

masturbation et à la sodomie. Toutes les chances de contamination ont donc le droit d'être incriminées.

Blennorragie d'origine non vénérienne.

Elle est provoquée par la contamination indirecte. Les enfants s'infectent, sans rapports sexuels, par simple cohabitation où les intermédiaires servant de véhicule à l'agent pathogène sont multiples.

En outre, il ne faut pas oublier qu'il existe une classe sociale où la blennorragie chez les petits garçons se voit beaucoup plus fréquemment, mettant en jeu les conditions de vie comme cause adjuvante.

D'après de nombreux auteurs, nous avons vu que la vulvo-vaginite par contagion non-vénérienne existe et est certainement la plus fréquente. Tâchons donc de trouver une analogie de ce mécanisme de contagion chez le petit garçon puisque, comme nous l'avons déjà dit, cette contagion est bien plus facile chez la petite fille, en raison de la structure anatomique de ses organes génitaux, et qu'il n'est pas douteux que le petit garçon est plus réfractaire, grâce à son prépuce qui le protège fidèlement.

Pourtant, dans de nombreuses circonstances, le gonocoque peut franchir cette barrière et produire les pires effets. Le premier point à envisager est le contact avec des objets imprégnés de gonocoques, la literie surtout.

Les parents ont la mauvaise habitude de prendre les enfants dans leur lit. Au cours du sommeil, l'enfant peut manifester une excitation sexuelle inconsciente,

pendant laquelle son gland se décalote, c'est ce que l'on peut constater lorsqu'on réveille l'enfant pour le faire uriner. Il suffit alors qu'une goutte matinale fraîche, provenant de ses parents, soit sur le drap et entre en contact avec l'extrémité de la verge, pour que le garçon présente, quelques jours plus tard, des douleurs à la miction. Admettons que ce ne soit pas un mécanisme de contagion très fréquent, c'est, quand même, un exemple à citer, étant donné la possibilité d'une blennorragie ayant un point de départ semblable.

Une série d'autres objets peut intervenir comme intermédiaires de transmission du gonocoque, parmi lesquels les objets de toilette prennent une place primordiale.

Les éponges, les serviettes ayant été utilisées par des porteurs de germes servent de véhicule à l'agent pathogène.

Il y a d'autres circonstances favorisant la contagion. Dans les écoles, par exemple, où des centaines d'enfants circulent qui peuvent être accidentellement contaminés. Rien ne les empêche de souiller les linges, les cabinets, les baignoires d'une communauté inévitable.

Enfin, les déplacements peuvent quelquefois favoriser ce genre de contagion. Imaginons-nous un petit garçon qui va passer quelques jours chez des parents à la campagne. Faute de place, on le fait coucher dans le lit de sa sœur ou de sa cousine, c'est un enfant, cela n'a pas d'importance. Mais la sœur ou la cousine, âgée de 18 ans, est parfois atteinte d'une blennorragie dont elle transmet les germes.

Les modes de contagion peuvent donc être multiples. Mais il existe une cause prédominante : la promiscuité. La blennorragie est, en effet, plus fréquente dans la classe pauvre. Il est d'ailleurs tout naturel que la classe aisée ait plus de possibilités pour observer les principes d'hygiène élémentaire qui manquent presque totalement dans la classe ouvrière.

Fraser et Harris citent le cas d'un garçon de 14 ans; il en existe sûrement beaucoup d'autres, malheureusement non dépistés.

Connaissant la possibilité de ce mode de transmission de la blennorragie chez les garçons, cela peut éviter des erreurs étiologiques.

Blennorragie d'origine vénérienne.

Elle est fréquente dans la seconde enfance. A cet âge, les organes génitaux sont plus développés et peuvent servir, soit si l'enfant est l'objet encore inconscient d'attouchement, parfois septique, par des personnes plus âgées, soit à un acte génital véritable en cas de précocité du développement de l'instinct sexuel.

Donc, dans cette catégorie, certains cas ne peuvent être considérés comme de véritables contagions vénériennes, mais sont, cependant, de certains actes de transition, pourrait-on dire.

Le plus souvent les jeunes filles, ou les jeunes femmes, à qui l'enfant est confié, trouvent un plaisir, plus ou moins conscient, à certains amusements, à certaines caresses.

Il s'agit de nous rappeler l'histoire des gouvernantes

de Gargantua pour fixer une image nette des caresses de cet ordre.

Il ne faut pas oublier qu'on trouve toujours, à n'importe quelle époque, des gouvernantes vicieuses qui s'engagent dans des actes demi-criminels semblables. Il est certain que si la personne surveillant l'enfant est atteinte de blennorragie, la contagion est d'une extrême facilité.

C'est un véritable crime commis par ces femmes, qui peut être poursuivi par la loi et qui rentre, à juste titre, dans le domaine médico-légal.

Nous avons réuni toute une série d'observations qui confirment la réalité de ce mode de contagion.

Il suffirait de citer l'observation de Kammer, rapportée par Chaumier, où un enfant de 2 ans et demi, ayant joué avec une femme que ses parents avaient prise dans la rue, présenta une blennorragie avec suites graves de rétrécissement.

Un autre cas, noté par Lazard. Il s'agit là d'un garçon de 7 ans et demi, dont la sœur lui communique une blennorragie.

De même Viger cite le cas d'un garçon de 2 ans, infecté par une servante suspecte.

Très caractéristique sont les observations de Lop et de J. Arnaud.

Dans la première, on est en présence d'un attentat à la pudeur commis par une femme sur un petit garçon de 3 ans, qui présente, alors, une véritable urétrite gonococcique. Dans la seconde, la coupable est encore une bonne qui, vraisemblablement, avait des rapports avec un petit garçon de 4 ans.

L'observation de Robert Abble, publiée en 1893, et une autre de Beilin, en 1931, viennent encore à l'appui de ce mode de contagion.

Dans beaucoup de cas, une domestique est incriminée et, en dehors des cas rapportés dans la littérature, il doit en exister de nombreux non publiés.

Mais à côté de ces actes où le petit garçon joue un rôle inconscient et à qui on fait exécuter divers actes sexuels, dirigés par des personnes plus âgées, il existe de vrais rapports sexuels entre enfants des deux sexes, avant l'âge de la puberté ou entre enfants d'un âge différent.

On voit, par quelques faits authentiques rapportés par nous, que le petit garçon est, habituellement, dirigé dans les actes sexuels par une jeune fille plus âgée, généralement pubère.

Bien d'autres arguments en faveur de la contagion vénérienne méritent d'être mentionnés, notamment la précocité et la perversion sexuelles.

La théorie de Freud, sur le développement de l'instinct sexuel, apparue dernièrement, a donné des bases de possibilité de manifestations précoces de ce sens. Il nous dit que l'instinct sexuel naît au moment où l'enfant vient au monde. On croyait autrefois que l'instinct sexuel naissait avec la puberté.

L'opinion générale a changé avec Freud, nous l'avons dit, et il existe des arguments difficiles à rejeter, paraît-il, qui confirment sa façon de voir.

L'instinct sexuel se manifeste quelquefois nettement au moment où le petit enfant prend le sein (?). Une demi-rigidité de la verge est également nette pendant

le sommeil. Chez d'autres s'observe une affection particulière pour certaines femmes à corps bien développé, avec lesquelles ils préfèrent rester et jouer. L'expression de leur instinct sexuel s'extériorise quelquefois par des pincements au niveau des bras ou ailleurs. L'éveil de l'instinct sexuel à l'âge pré-pubère constitue un facteur important dans la blennorragie chez le petit garçon.

Il suffit de se rappeler l'épidémie de gonocoque, décrite par Winslow, à Baltimore, qui a éclaté dans un institut de garçons, pour être fixé à ce sujet. On n'a pas eu de peine pour découvrir la cause de cette contagion qui eut comme point de départ l'entrée au collège d'un garçon un peu plus âgé, qui avait contracté une blennorragie avec une jeune fille suspecte. Les autres enfants furent contaminés par pratiques vicieuses.

Mme Kollontai nous enregistre, en Russie soviétique, une épidémie d'origine vénérienne chez des enfants des deux sexes, en 1919-1920.

Il est probable qu'il ne faut pas seulement incriminer ici les rapports sexuels entre enfants ; il est à envisager, également, les petits attentats de perversion, de pédérastie, de sodomie, etc. En ce qui concerne de véritables rapports entre petits garçons et petites filles, les organes génitaux ne sont pas encore suffisamment développés, donc compatibles avec un rapport sexuel vrai.

Les enfants qui se livrent à des actes génitaux avant la puberté sont appelés des précoces sexuels et considérés comme des malades faisant partie du domaine pathologique.

Il y a une catégorie d'enfants dont l'instinct sexuel précoce est venu spontanément au moment de la naissance. D'autres sont débauchés par des personnes plus âgées qui créent, en quelque sorte, chez ces petits enfants, la précocité génitale inexistante auparavant.

Enfin, n'oublions pas de mentionner les conditions climatiques et culturelles qui créent, pour ainsi dire, cette précocité génitale. Nous voyons, en effet, un nombre supérieur de tarés semblables dans les pays chauds et à un niveau culturel bas, tandis qu'ils sont rares dans les pays civilisés sous un climat tempéré.

Dans nos pays on voit des coïts entre enfants, surtout dans les grandes villes, parmi la classe ouvrière, où la promiscuité est un facteur primordial.

Un interne des Enfants Malades, M. Barthélemy, a cité le cas d'une fillette de 13 ans qui communiqua la blennorragie à un garçon de 6 ans dont elle avait appliqué la verge contre sa vulve.

Dans un autre cas, une petite bonne avait été débauchée par son maître atteint de blennorragie et, à son tour, elle débaucha l'enfant de celui-ci, qui eut aussi la chaude-pisse.

On dit du reste que le coït entre enfants, dans nos pays, semble assez rare.

Wilhelm Steckel (*Wiener Medizinische Bläter*, 1894-1895), a rassemblé, dans un travail, tous les cas qu'il a trouvé dans la littérature et ceux dont il a eu connaissance. Il note un cas de Merk dans lequel une fillette de 8 ans avait des rapports avec des garçons de 6 à 12 ans

Un autre cas de Zambaco : une fillette de 7 ans ayant des relations avec de jeunes garçons.

Parmi ces cas personnels, le plus intéressant est celui d'un enfant qui, vers 4 ou 5 ans, pratiqua instinctivement le coït avec une fillette de son âge avec laquelle il jouait au jeu du père et mère et qu'il continua à pratiquer journellement pendant un temps assez long, Un peu plus tard, étant dans une école mixte, comme d'autres camarades, il le pratiqua dans les cabinets d'aisance, les enfants de sexe différent demandant à sortir pendant les classes.

Une autre histoire curieuse d'un docteur en droit qui, dans son enfance, de 4 à 7 ans, pratiqua à plusieurs reprises le coït avec sa sœur d'un âge un peu plus avancé, avec laquelle on lui faisait partager son lit.

Le Docteur Steckel cite, en outre, le fait d'un médecin de campagne qui exerçait dans les monts des Karpathes et qui a souvent eu l'occasion d'observer des enfants abandonnés à eux-mêmes qui, dans les pâturages, pratiquaient le coït dès leurs premières années.

Ces données nous expliquent la précocité de la blennorragie chez beaucoup d'enfants et Legroux, frappé par ce phénomène, employait une expression pittoresque pour désigner les petits garçons et les petites filles, généralement le frère et la sœur, qui présentaient, l'un une urétrite, l'autre une vulvite : il les nommait de « petits ménages ».

Nous assistons réellement à des jeux entre enfants des deux sexes qui simulent l'un le père, l'autre la mère, ou le petit mari et la petite femme.

Ce sont de jeunes adultes qui, quelquefois, se livrent à de petits attentats, poussés par leur instinct, et qui, d'ailleurs, échappent le plus souvent à l'observation.

Nous sommes en droit d'affirmer qu'il existe beaucoup de cas de coït entre jeunes enfants, mais il est indiscutable qu'avec ou sans blennorragie, ces « petits ménages » sont plus fréquents dans certaines classes de la société, chez les paysans et dans les familles pauvres des grandes villes. La pauvreté et la promiscuité, comme nous l'avons déjà dit, sont donc des facteurs importants et ce sont justement les enfants qui, par suite de la communauté de lit surtout, sont poussés à de semblables jeux.

Dans certains pays, sous les climats chauds, ces faits sont beaucoup plus fréquents. On les observe couramment en Algérie, en Tunisie, dans l'Amérique du Sud.

Le Docteur Minime en a été souvent le témoin. « Les enfants nègres, dit-il, qui vivent ensemble à l'état de nudité, se livrent souvent à des jeux sexuels sans qu'on pense à crier au scandale. On considère ces habitudes comme de simples jeux comparables à ceux des jeunes animaux qui commencent à sentir le rut et on n'y attache aucun caractère d'immoralité. »

Une autre scène, racontée par le Docteur Minime, nous renseigne sur les idées qui peuvent exister dans un pays comme la Tunisie. Rien de comparable ne peut avoir lieu dans un pays d'Europe. Il assiste à un spectacle arabe dont les personnages pratiquent le coït. Or l'assistance était surtout composée d'enfants des deux sexes et personne ne parut offensé de cette scène.

L'auteur en conclut que les enfants arabes sont initiés dès leur jeune âge aux pratiques sexuelles et il prétend qu'ils doivent se livrer très jeunes au coït et à la pédérastie.

On a observé à Madagascar que les élèves garçons ont tous leur maîtresse dans l'école de filles voisine et les efforts des maîtres doivent se borner à obtenir qu'ils n'en changent pas trop souvent.

Tout cela nous permet de classer la blennorragie dans les maladies d'enfants comme un chapitre assez important. En somme, la possibilité de blennorragie chez l'enfant est indiscutable avec cette différence que le garçon la contracte le plus souvent au cours d'attouchements ou rapports sexuels, tandis que la petite fille peut présenter fréquemment une vulvite gonococcique, en dehors de tout acte sexuel. Enfin, un dernier point intéressant et qui mérite d'être envisagé dans le chapitre de la contagion vénérienne, est la question de la contamination par pratiques superstitieuses.

En effet, et encore à notre époque, on prétend dans certains milieux ignorants, que l'on peut se débarrasser d'une blennorragie en couchant avec un être vierge.

Rien n'est, évidemment, plus dangereux pour l'enfant qui sert de moyen thérapeutique (si l'on peut dire), à ce procédé qui facilite la contagion et est en contradiction formelle avec les bases modernes du traitement prophylactique.

En somme, l'élément étiologique n'est pas toujours facile à déterminer. Certaines observations sont restées incomplètes et obscures au point de vue anamnésique. On voit des enfants qui gardent en grand secret les

actes mystérieux accomplis, parce que on les a prévenus de ne rien dire sous peine quelconque et ils sont tellement fidèles à leur promesse qu'aucun moyen ne peut les faire avouer.

Ce sont pourtant des exceptions, car il n'est pas très difficile de faire parler un enfant. D'autre part, on est quelquefois en présence d'un garçon à l'âge prépubère (entre 11 et 14 ans) qui, ayant accompli des actes vicieux, ne voudrait s'en confesser en aucun cas. Il considère ces actes comme une débauche de la plus haute gravité que le fait d'avouer ne lui ferait pas pardonner.

CHAPITRE III

Etude clinique

Les symptômes de la blennorragie chez les petits garçons sont presques les mêmes que chez l'adulte ; cependant on peut y trouver quelques caractères spéciaux.

BALANO-POSTHITE.

C'est un état fréquent chez les jeunes garçons, plus rare chez l'adulte.

On voit, dans ce cas, des parents consulter le médecin pour une tuméfaction de la verge (cas du Professeur Gayet). Ils ignorent, en réalité, l'affection en question et c'est seulement le phimosis qui les inquiète.

L'examen de la verge fait constater un œdème prononcé du prépuce qui masque presque entièrement l'orifice urétral. En dehors de la blennorragie, le phimosis est d'observation courante dans la classe pauvre où la toilette du corps est mal surveillée, surtout chez les enfants à prépuce long.

Le gland est difficile à découvrir, même impossible, et la première intervention utile est de faire une circoncision qui permettra de voir nettement les manifes-

tations gonococciques. La circoncision rentre donc dans le cadre des indications thérapeutiques au début d'une blennorragie avec inflammation du prépuce. L'œdème du prépuce peut, dans certaines circonstances, arriver à gagner toute la verge.

C'est une tuméfaction inflammatoire plus ou moins rouge. Le gland présente un aspect spécial, turgescent, également rouge et, enfin, le méat est congestionné ; les lèvres sont épaissies et tuméfiées. Parfois il y a un véritable ectropion de la muqueuse urétrale.

Dans certains cas (Van Arsdal) on a observé de l'eczéma du gland et des lèvres du méat à la suite de l'écoulement et il peut résulter de cette inflammation chronique un rétrécissement de l'orifice. La verge peut avoir un développement plus grand qu'à l'ordinaire, avec gland complètement découvert (cas de Lazard); ce qui, au point de vue médico-légal, peut avoir une grande importance, car il est alors logique de penser à des habitudes déjà anciennes de coït ou de masturbation.

ECOULEMENT.

Un signe classique de la blennorragie chez l'adulte est l'écoulement qui est franchement purulent. D'habitude, il n'est pas très abondant les premiers jours, mais a tendance à augmenter progressivement au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. On voit une goutte de pus épais sortir du méat, à moins que le prépuce ne le bouche complètement en cas de balanoposthite. Le pus sorti spontanément forme sur la che-

mise des taches jaunes ou jaune verdâtre qui sont, au point de vue grandeur et nombre, en rapport direct avec l'écoulement. La durée de l'écoulement persiste en général pendant une période relativement longue, malgré le traitement. Par une pression méthodique sur l'urètre d'arrière en avant, en ayant soin de ramener le contenu de la partie postérieure, on voit apparaître au méat une goutte ou, quelquefois, une quantité plus grande de pus jaunâtre ou verdâtre. Si le prépuce ne peut pas se renverser étant enflammé, c'est par son orifice qu'on fera sortir le pus.

L'écoulement ne reste pas identique tout le temps de la maladie, tant au point de vue quantité, couleur et épaisseur. Il devient de moins en moins abondant, il s'éclaircit et sa densité diminue jusqu'à ce qu'il devienne complètement liquide.

Les taches de la chemise suivent, en quelque sorte, pas à pas l'écoulement. Elles sont moins grandes et moins marquées. A un certain moment, ce symptôme perd son allure caractéristique, on ne voit plus qu'un liquide incolore et en très petite quantité, qui arrive à ne plus être qu'une humidité insignifiante, au niveau du méat. On observe même une disparition complète de ce signe, ce qui conduit à des erreurs de traitement, étant donné que la maladie n'est pas guérie. Après un certain temps, l'écoulement réapparaît, signe de l'existence permanente de gonocoques (cas de Viger). L'examen bactériologique de l'écoulement purulent nous montre de nombreux leucocytes qui renferment une grande quantité de diplocoques caractéristiques, la coloration de Gram étant négative.

Le nombre de gonocoques dans un leucocyte peut aller, en moyenne, jusqu'à 50 (de 5 à 53 dans le cas de Viger).

En outre, on voit des cellules épithéliales dont la présence s'explique par la desquamation de la muqueuse urétrale consécutive à l'état d'inflammation.

Suivant que l'écoulement diminue, la valeur microscopique est moins riche en résultats, le nombre de leucocytes, de gonocoques et de cellules épithéliales tombe considérablement.

ERECTIONS DOULOUREUSES.

Les érections douloureuses se voient-elles souvent chez les jeunes garçons ?

Nous pouvons presque affirmer que non, et ce signe si important et si pénible chez l'adulte, est très rare chez l'enfant. Dans la majorité des observations recueillies par nous, ce symptôme manque, sauf dans les cas de Variot et de Lop où la verge entre facilement en érection, surtout la nuit.

DOULEUR.

La douleur, si variable dans son intensité chez l'adulte, est toujours très vive chez l'enfant, à tel point qu'elle l'empêche de dormir et amène des troubles de la miction.

RETENTION.

On observe couramment de la rétention, mais c'est une fausse rétention, due, le plus souvent, aux efforts que fait le petit malade en se retenant d'uriner à cause de la douleur.

La famille se montre généralement très inquiète de ce phénomène qu'elle exagère, car il n'y a pas là un sujet de craintes sérieuses. Tôt ou tard l'enfant finit toujours par uriner. Malgré lui il laisse échapper de l'urine en allant à la selle et si l'on veut absolument calmer l'appréhension des parents, il suffira de prescrire un purgatif qui provoquera la défécation et en même temps la miction.

INCONTINENCE.

Dans d'autres cas, au contraire, la blennorragie donne de l'incontinence. L'enfant a de fréquents besoins d'uriner et ne peut pas se retenir.

Chaumier a cité, dans une observation, une incontinence depuis le début de la blennorragie (environ un mois), s'aggravant la nuit et qui a complètement disparu après trois jours de traitement par le créosotal.

Beilin nous rapporte, également, le cas d'un garçon de 8 ans avec incontinence au cours de la blennorragie. Il ne faut pas, d'ailleurs, oublier que c'est une maladie qui s'accompagne de fréquences de la miction.

Ayant passé en revue toute la gamme symptomatologique de cette maladie chez le petit garçon, nous

y ajouterons deux signes encore constatés par Fischer et Beilin.

L'un a trouvé une tuméfaction des ganglions de l'aîne et l'autre une hématurie terminale. Il serait peut-être plus juste de considérer ces deux symptômes comme signes d'aggravation de la maladie, plutôt que comme symptômes classiques.

MARCHE. — DURÉE

L'évolution de cette maladie diffère également de celle de l'adulte.

La période d'incubation est quelquefois fort longue, et il faut plusieurs attouchements pour que le gonocoque arrive en contact avec la muqueuse de l'orifice urétrale.

Une fois l'imprégnation réalisée, l'écoulement apparaît avec la douleur qui vont en augmentant jusqu'à l'apogée.

N'oublions pas de noter que, chez l'enfant, une blennorragie est souvent annoncée, en raison du phimosis, par des signes de gonflement et d'irritation du prépuce.

Après cette période aiguë la douleur se calme et disparaît même complètement, l'écoulement cesse quelquefois, mais persiste le plus souvent d'une façon très caractéristique chez l'enfant.

Chez celui-ci d'ailleurs, la guérison est beaucoup plus lente que chez l'adulte. Cette lenteur s'explique par la difficulté d'appliquer un traitement, rendu presque impossible par la petite dimension des organes et de l'urètre trop étroit.

Un point important à noter, et qui est d'ailleurs de règle dans toutes les maladies, le diagnostic précoce et le traitement approprié qui abrègent la durée, diminuent le nombre de symptômes et évitent les complications redoutables de l'avenir.

On peut quelquefois observer chez l'enfant une guérison relativement rapide, après six semaines du moment de l'incubation. Mais, en moyenne, la durée de la maladie est de deux à trois mois.

Moncorvo a observé chez un enfant de 10 ans une blennorragie qui datait de près de deux ans.

Dans le cas du Professeur Gayet, l'enfant a guéri au bout de six mois, probablement à cause de la difficulté du diagnostic (examens négatifs de la suppuration).

CHAPITRE IV

Complications

La blennorragie chez le petit garçon peut guérir sans laisser de traces en suivant un cours régulier, mais, de même que chez l'adulte, elle peut être suivie de complications.

Nous les diviserons en complications de voisinage et en complications à distance.

Dans les complications de voisinage, nous comprendrons :

BALANO-POSTHITE. — LYMPHANGITE.

Dans les cas très aigus, tous les tissus de la verge participent à l'état inflammatoire et s'œdématisent. Le prépuce est alors fortement gonflé et l'on ne peut plus découvrir le gland, le phimosis irréductible se complique le plus souvent de balanite avec suppuration abondante et l'on est alors fort embarrassé pour reconnaître l'origine de ce pus et savoir s'il vient de la surface du gland ou de l'urètre.

L'adénite inguinale a été constatée quelquefois et

nous en avons rapporté les cas de Fischer et de Beilin, mais c'est une complication rarement observée.

CYSTITE.

La vessie est facilement contaminée. L'infection se propage de bas en haut en suivant le tractus génito-urinaire. Les gonocoques, qui séjournent au début dans l'urètre antérieure, progressent par la voie ascendante et atteignent l'urètre postérieure. De là, en suivant toujours les voies urinaires, ils arrivent à la vessie. La cystite une fois constituée, présente les symptômes habituels de cette affection, sous la forme de fréquence des mictions, de douleurs dans la région vésicale (sus-pubienne), avec ou sans urine trouble et ascension thermique.

Le malade de Viger allant mieux à la suite de lavages au permanganate, on le laissa six jours sans traitement, au bout de ce temps le malade urinait plus fréquemment et avait des efforts à la fin des mictions.

Moncorvo a noté une cystite chez un garçon de 10 ans dont la blennorragie datait de près de deux ans, sur huit garçons atteints de blennorragie urétrale.

Dans les observations de Beilin on trouve quelques cas avec signes vésicaux.

Nous voyons donc que l'insertion du gonocoque au niveau de la vessie est, comme chez l'adulte, très possible chez l'enfant et mérite, par conséquent, d'avoir une place au chapitre des complications.

La cystite survient le plus fréquemment à la suite de négligence du traitement, ou au cours d'une blen-

norragie qui traîne et qui est difficile à guérir à cause d'une virulence microbienne exagérée.

Une fois le diagnostic de l'urétrite gonococcique posé, nous devons tracer une ligne de conduite préventive en appliquant un traitement intense et approprié, afin d'éviter cette complication qui peut avoir de gros inconvénients.

ORCHI-EPIDIDYMITE.

En dehors des orchites primitives chez les enfants, dues à la masturbation (orchites des masturbateurs de Gosselin) et celles qui résultent de la torsion testiculaire, on peut voir des orchites secondaires et d'origine gonococcique. Il est vrai qu'on les observe le plus fréquemment chez l'adulte.

La voie suivie par le gonocoque est celle de la propagation par la voie muqueuse énoncée par Curling en 1854.

D'autres ont admis, après, la voie lymphatique comme tractus de cheminement du gonocoque. L'une et l'autre ont les mêmes chances de servir de voies d'accès dans l'organe.

Dans ces cas on incrimine le manque d'hygiène, les fatigues physiques, les excitations génitales et enfin les fautes du traitement, par exemple lavages faits sous pression trop forte, injections brutales avec des solutions trop concentrées.

Cette complication est pourtant rare chez l'enfant, les testicules n'ayant pas encore acquis un développement suffisant au point de vue fonctionnel, mais elle

s'observe pourtant dans les cas de blennorragie chez l'enfant, à partir de 9 ans environ.

Nous rapportons à ce sujet une observation (Fischer) d'un garçon de 9 ans atteint d'une blennorragie et soigné chez lui. La tuméfaction du testicule inquiéta la mère qui le fit examiner par un médecin. Le testicule droit présentait une augmentation de volume et de vives douleurs à la pression du canal spermatique.

Le port d'un suspensoir est indiqué dans ces cas, mais on aura soin de suivre, en même temps, les autres prescriptions nécessaires.

RETRECISSEMENT.

Les petits garçons sont, comme les adultes, exposés aux rétrécissements qui, chez eux, surviennent de très bonne heure, dès la période aiguë de la maladie et peuvent devenir rapidement très prononcés.

Le rétrécissement peut être unique ou multiple et siège presque exclusivement dans l'urètre spongieux, dont la longueur et le calibre peuvent être différents. On trouve, en avant du rétrécissement, des lésions d'urétrite chronique et en arrière une dilatation du canal par suite des contractions de la vessie dont la musculature s'hypertrophie pour lutter contre l'obstacle.

Cette complication de la blennorragie rentre dans le cadre des symptômes des troubles de la miction, caractérisés par une dysurie diurne dont les mictions deviennent hésitantes, retardées et augmentées dans leur durée.

Le malade fait des efforts prolongés avec contractions énergiques des muscles abdominaux, mais, malgré tout, il a la sensation de ne pas avoir vidé sa vessie après la miction.

Plus tard survient la rétention chronique incomplète, associée à l'incontinence diurne et, si un traitement approprié n'est pas réalisé, ces troubles ont des conséquences de la plus haute gravité.

Van Arsdale a observé un cas qui, à la suite de l'écoulement, a eu un eczéma du méat, suivi de rétrécissement de cet orifice.

Les rétrécissements plus profonds méritent une attention beaucoup plus minutieuse.

C'est ainsi que Beilin nous signale quelques cas de rétrécissement du canal, suivis de dysurie et d'hématurie terminale. Tous ont été été guéris grâce à un traitement adapté.

Kammer nous rapporte l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2 qui, un mois après sa blennorragie, fut pris d'une rétention d'urine. On trouva un rétrécissement qui ne laissa pas passer la sonde la plus fine et il fallu ponctionner la vessie pendant trois jours. Le cathétérisme démontre l'existence de trois rétrécissements antérieurs et d'un rétrécissement infranchissable au niveau de la partie membraneuse.

Les rétrécissements antérieurs furent sectionnés par l'urétrotomie interne, le rétrécissement profond fut attaqué par l'urétrotomie externe.

Huit jours après l'opération, les urines passaient par l'urètre.

En résumé, nous avons des preuves suffisantes pour

affirmer que, dans certains cas, à la suite d'une inflammation prolongée à gonocoques, le rétrécissement chez l'enfant ne tarde pas à se déclarer.

Complications à distance

RHUMATISME BLENNORRAGIQUE.

Les anciens auteurs ont nié complètement l'existence du rhumatisme blennorragique chez le petit garçon.

Mais il n'y a pas de raisons pour que le gonocoque ne puisse pénétrer dans les articulations après avoir séjourné dans les voies génitales, par le même mécanisme que chez l'adulte.

On a d'abord observé du rhumatisme blennorragique chez la petite fille.

Cette manifestation a fait admettre l'idée d'une semblable complication chez les garçons. Les constatations cliniques en ont donné définitivement la preuve.

Donc rien ne pouvait s'opposer, à partir de ce moment, à ce qu'on admette que le gonocoque puisse choisir comme siège de prédilection, en dehors des voies génito-urinaires, les articulations.

Cette complication est relativement fréquente chez l'adulte, surtout dans les cas de négligence thérapeutique.

Elle est, par contre, d'observation assez rare chez

l'enfant et présente, chez celui-ci, une bégninité particulière au point de vue clinique.

Il ne faut pas croire cependant que le rhumatisme blennorragique guérit seul. Un traitement énergique doit être appliqué, car le désastre d'ankylose d'une articulation, comme aboutissant du rhumatisme, gênera impitoyablement le malade toute sa vie.

Son apparition est quelquefois très précoce. Les premiers phénomènes se déclanchent au niveau des jointures, marqués surtout par des douleurs vives, tandis que du côté des organes génitaux, foyer primitif de l'agent, on n'a pas encore pu diriger les recherches cliniques, faute de symptômes locaux.

L'observation de Vanuxem nous donne un exemple typique de cet ordre.

Un garçon de 4 ans 1/2, souffrant de douleurs dans le genou droit depuis cinq jours, entre à l'hôpital sans présenter d'antécédents articulaires ou autres, sauf une rougeole suivie d'une bronchite, guérie d'ailleurs parfaitement. Le gonflement, la chaleur et la douleur à la pression et aux mouvements, font penser à une arthrite. Après un examen complet de tous les organes on dirige les recherches vers l'appareil génito-urinaire. Une goutte caractéristique de la blennorragie est découverte, confirmée microscopiquement par la présence des gonocoques de Neisser. L'enfant est guéri après quatre semaines de traitement par le repos avec immobilisation en rectitude, compression ouatée et teinture d'iode.

D'après un relevé de Moncorvo, sur 12 cas de rhu-

matisme blennorragique on compte 9 filles pour 3 garçons.

Il existe des travaux intéressants de Vignaudon quant aux articulations de prédilection du gonocoque.

Sur 23 observations, le genou a été pris 11 fois, le poignet 8, le cou-de-pied 7, les articulations métacarpo-phalangiennes 3 fois, la première articulation cunéo-métatarsienne 1 fois.

Le rhumatisme blennorragique est souvent monoarticulaire, il faut savoir cependant que plusieurs articulations peuvent être prises, soit simultanément, soit à quelques jours d'intervalle et, qu'enfin, à côté de l'arthrite, une synovite tendineuse peut coexister dans certains cas.

Le symptôme primordial dans le rhumatisme blennorragique est la douleur constante, mais d'intensité variable.

Das certains cas elle est extrêmement vive et persiste pendant le repos, dans d'autres cas elle n'apparaît que pendant les mouvements. La palpation est très douloureuse, surtout au niveau de l'interligne articulaire. Une tuméfaction énorme et rouge existe presque toujours, la peau est amincie, luisante ou rosée, comme dans le rhumatisme articulaire aigu. L'impotence du membre est plus ou moins complète.

On constate une élévation de la température locale. Guinon a noté 35°2 pour l'articulation malade et 29°8 pour le côté sain. Darier a trouvé 39° du côté malade. La fièvre est loin d'être constante, mais on a vu des températures très élevées, pouvont aller jusqu'à 40°,

ne se maintenant qu'un temps très court et tombant soit progressivement, soit brusquement.

Il ne faut pas nier que le rhumatisme a une tendance à envahir les autres articulations et c'est justement au moment d'une nouvelle poussée que le phénomène pyrétique s'observe : signal d'alarme du foyer infecté.

Donc, l'apparition de la fièvre, son accalmie qui suit et la réapparition de celle-ci sont des caractéristiques de l'évolution de cette complication.

La durée de cette affection varie entre 5 et 50 jours (chiffres limites). On a noté des durées de 10 à 15 jours, 3 semaines et 40 jours.

L'ankylose n'a pas été constatée, mais on a pu observer de la raideur de l'articulation.

On a signalé deux cas de suppuration de l'articulation et un cas d'atrophie du membre, qui céda à l'électrolisation.

Cette complication nécessite un traitement du foyer primitif d'abord, et des arthropaties ensuite, afin d'éviter les conséquences graves.

OPHTALMIE PURULENTE.

L'ophtalmie est également fort à craindre, d'autant plus qu'un enfant ne peut pas comprendre, comme une grande personne, les précautions qu'il faut prendre pour éviter cette complication. C'est donc aux parents qu'il appartiendra de prendre les mesures nécessaires pour préserver l'œil de cette contagion. Ceux-ci devront d'ailleurs éviter, par tous les moyens,

non seulement les auto-inoculations, mais aussi la contamination d'autres enfants qui peuvent être en contact avec le malade.

Il suffit que l'enfant se frotte les yeux avec des doigts imprégnés de pus pour que l'éclosion de l'ophtalmie soit provoquée.

Le plus souvent, d'ailleurs, cette blennorragie oculaire vient de la mère ou de la personne qui s'occupe de l'enfant. La mère contagionne son enfant au moment de l'accouchement, ou bien c'est en lavant les yeux de l'enfant avec un linge ou une éponge souillés par l'écoulement vaginal, que l'on provoque cette complication.

Il a été noté d'autres complications, d'ailleurs très rares, comme la pleurésie, la péricardite et la myalgie cervicale persistante.

Dans un cas rapporté par Isnardi, nous trouvons une petite fille de 10 ans qui présente, à la suite d'une blennorragie, du rhumatisme, de la pleurésie exudative gauche, de la pleurésie sèche à droite, de la péricardite et de la myalgie cervicale.

La prostatite si fréquente chez l'adulte, consécutive à une blennorragie, se voit rarement chez l'enfant.

Il nous reste, en dernier lieu, à envisager le développement de la tuberculose sur un terrain préparé favorablement par la blennorragie.

De nombreux auteurs se sont demandé si la blennorragie fait le lit de la tuberculose. Rien ne permet de l'affirmer, mais ce qui est hors de doute, c'est

qu'elle active certaines bacilloses jusque-là somnolentes.

Gyon avait coutume de dire que la chaudepisse était la pierre de touche de la tuberculose. Si donc le gonocoque n'ouvre pas la porte à la tuberculose, il peut la réveiller et hâter son évolution.

Nous n'avons trouvé aucun cas semblable chez les enfants.

CHAPITRE V

Diagnostic

Les signes cardinaux de la blennorragie chez les petits parçons sont l'aboutissant d'un diagnostic positif, non erroné, après une brève élimination d'autres affections.

L'écoulement caractéristique, surtout après la phase de balano-posthite, les troubles de la miction, la douleur, les taches qui empèsent le linge, permettent d'affirmer l'origine gonococcique de ce mal.

Mais, malgré ces symptômes certains, les causes d'erreurs peuvent avoir lieu dans certains cas, rares il est vrai.

Se prononcer positivement sur le diagnostic a une importance considérable, surtout dans les cas où il s'agit de déterminer également le diagnostic étiologique, l'affection en question étant discutée au point de vue médico-légal.

Toutes les constatations, quelquefois très délicates, faites par le médecin légiste et plaidant en faveur d'une blennorragie vénérienne, doivent être examinées très minutieusement, les conclusions décidant du sort de l'inculpé au point de vue judiciaire.

Autant le diagnostic clinique est relativement facile

à poser, autant le diagnostic étiologique présente de difficultés infranchissables dans un grand nombre de cas.

a) *Diagnostic avec les urétrites alimentaires.*

Il importe de ne pas attribuer au gonocoque tous les écoulements urétraux qui peuvent survenir chez l'enfant. Ceux-ci peuvent avoir, comme les adultes, des blennorroïdes qu'il faut savoir distinguer de la blennorragie véritable.

Il existe un certain nombre d'urétrites chimiques ou alimentaires citées par différents auteurs. Elles se distinguent facilement de la blennorragie à gonocoque par leur bégninité particulière, un écoulement presque insignifiant, l'absence de pus et une guérison rapide.

b) *Diagnostic avec les urétrites dues à la présence de corps étrangers dans l'urètre.*

Nous devons signaler certaines inflammations de l'urètre, relevant de la présence de corps étrangers, balano-prépuciales, de calculs, siégeant dans le canal, ou des concrétions entretenant une inflammation propagée ensuite à l'urètre. L'exploration du canal renseigne sur l'existence des calculs ou des corps étrangers, l'idée de blennorragie étant ainsi éliminée.

c) *Diagnostic avec les urétrites dues à des traumatismes de l'urètre.*

Certains traumatismes ont pu amener une inflammation du l'urètre.

Un examen urétroscopique étant difficile à faire chez les enfants très jeunes, la constatation d'une ecchymose permet de reconnaître une urétrite traumatique, qui guérit après quelques jours de repos et de diète.

d) *Diagnostic avec les urétrites liées aux maladies infectieuses générales.*

Il existe un autre groupe d'urétrites microbiennes où le gonocoque n'est pas en cause. Les agents pathogènes de ces urétrites sont assez nombreux. Parmi eux on range le coli-bacille, le staphylocoque, le streptocoque. Ils peuvent pénétrer dans le canal et y vivre plus ou moins longtemps à l'état de saprophytes, puis à un moment donné, la virulence étant exaltée par une cause occasionnelle, ils peuvent alors provoquer un processus inflammatoire.

On a signalé chez l'enfant des inflammations de l'urètre consécutives à la rougeole, à la scarlatine, à la fièvre typhoïde ou aux oreillons, dont l'écoulement était nettement rougeâtre.

e) *Diagnostic avec les urétrites liées à la tuberculose de l'urètre.*

Une urétrite tuberculeuse est possible, mais très rare. Pour avoir un diagnostic certain, l'examen bactériologique fait par un homme compétent est le seul critérium.

Depuis la découverte de Neisser, la spécificité du gonocoque permet de le bien différencier d'autres agents pathogènes.

f) *Diagnostic avec un phimosis banal.*

Il est quelquefois difficile de diagnostiquer une blennorragie chez l'enfant à cause du phimosis et de la balanite qui la précèdent le plus souvent.

Les lésions cachent complètement les caractères gonococciques du méat, du gland et parfois un signe aussi important que l'écoulement, de sorte qu'on arrive à soupçonner une balanite ou phimosis banal.

Si, après certaines difficultés, on arrive à découvrir le gland, le diagnostic devient plausible, la vraie maladie est mise à nu.

Dans ces cas la conduite à tenir consiste à pratiquer tout d'abord une circoncision qui est en faveur de l'exploration et qui facilitera en même temps le traitement de l'urétrite.

Nous avons vu pratiquer cette opération, en quelque sorte prémonitoire, dans de nombreux cas.

Mais il faut bien se rendre compte qu'il peut exister chez les enfants des inflammations banales du prépuce, non liées au gonocoque, par défaut d'hygiène et malpropreté des organes génitaux.

Un traitement convenablement appliqué fait écarter le soupçon de la blennorragie.

Diagnostic étiologique.

Le diagnostic clinique posé, il nous reste à chercher l'origine qui est, comme nous l'avons dit, à la base du diagnostic médico-légal.

On comprend, à la rigueur, que le médecin légiste hésite à se prononcer dans certains cas de vulvite, mais

il ne saurait y avoir de doute lorsqu'un garçon a un écoulement purulent.

Viber a étudié avec Borda les caractères microbiologiques de l'écoulement que présentaient les petites filles qui se plaignaient d'attentats à la pudeur.

Chez les 1/5° d'entre elles on a trouvé des gonocoques, alors que beaucoup d'hommes qu'elles accusaient, et qui avouaient, n'avaient pas le moindre écoulement.

Le gonocoque existe normalement dans les organes génitaux. A un moment donné, pour une cause ou pour une autre, sa virulence peut s'éveiller, son nombre s'accroître et provoquer ainsi une inflammation.

La blennorragie est due, pour la plus grande part, à des rapports sexuels secrets entre enfants, mais il existe d'autres cas où le garçon est victime d'une femme plus âgée que lui, sur qui elle exerce des manœuvres de violences, pourrait-on dire, celui-ci jouant alors le rôle d'un sujet inconscient.

Pour créer une affaire judiciaire il s'agit de constater une blennorragie chez le garçon d'abord, et ensuite de déceler la présence de gonocoques chez la personne inculpée.

Il faut s'assurer encore, que dans l'entourage de l'enfant (père, mère, sœur, domestiques, etc.), il n'existe pas quelqu'un ayant une blennorragie qui peut avoir été la source de la contagion.

En plus, il faut noter qu'il est souvent difficile d'arriver à des résultats parfaitement positifs à cause de l'interrogatoire incomplet chez les enfants qu'on a effrayés, à qui on a fait promettre de se taire ou qui

conscients de s'être livrés à des plaisirs défendus, s'exagèrent la faute et attendent le plus tard possible pour avouer, de peur d'une punition.

Enfin, il ne faut pas oublier les cas de contagion indirecte, familiale ou scolaire.

Notons cependant que, vu la disposition des organes génitaux, les petits garçons ne peuvent se contaminer d'une façon indirecte que dans des conditions spéciales.

CHAPITRE VI

Traitement

Nous ne ferons pas une étude complète de ce traitement qui est parfaitement superposable à celui de l'adulte et dont un grand nombre d'auteurs ont déjà tracé les principes avec beaucoup de détails.

Remarquons simplement les maintes nuances de l'aspect clinique qui nécessitent une thérapeutique particulière, admirablement tolérée par le malade, et d'une efficacité absolue.

Avant d'exposer les principes de la conduite à tenir au cours de la blennorragie, il est utile de donner quelques conseils prophylactiques pouvant rendre vraiment de grands services.

PROPHYLAXIE.

La prophylaxie de la blennorragie découle de l'étude des conditions étiologiques de cette maladie.

Elle comporte une prophylaxie individuelle, générale ou sociale du plus haut intérêt.

La surveillance de l'hygiène locale nécessite une attention toute particulière.

Il faut avoir soin de donner aux enfants des bains fréquents, d'entretenir leurs organes génitaux dans un état de propreté absolue, d'éviter toute cause d'érythème, d'eczéma ou de prurit dans les régions avoisinantes. De même qu'on apprend aux enfants à se nettoyer la figure et les mains, il importe de les habituer à passer à l'eau et à l'éponge leurs organes génitaux. Ces règles ont trouvé actuellement leur place dans certaines familles et institutions, mais un sentiment de pudeur, ridiculement exagéré, fait écarter chez la majorité des gens, cette hygiène corporelle de la région dite « honteuse ». Le Docteur Grellety a eu bien raison de dire que nous devrions suivre l'exemple de nos voisins d'outre-Manche, et habituer de bonne heure nos jeunes gens, comme dans les prytanées des environs de Londres, à ne pas rougir niaisement devant certain meuble quadrupède qui devrait se trouver dans tous les intérieurs.

La malpropreté et l'accumulation de smegma sont le point de départ de chatouillements, de prurit, de réflexes génitaux qui aboutissent à l'onanisme.

Nous avons vu combien est possible la contamination dans les familles, les écoles ou les hôpitaux, par l'intermédiaire d'objets de toilette souillés.

Il est nécessaire d'avertir les parents et les surveillants de la facilité avec laquelle peut se faire cette contagion, soit par des éponges, des serviettes, des baignoires, des cuvettes, etc., et les mettre au courant du danger qu'il y a de faire la toilette d'un enfant avec les objets dont se sert une personne atteinte de blennorragie.

Pour les adolescents, le défaut d'éducation sexuelle conduit quelquefois aux rapports sexuels secrets et doit inspirer un élément prophylactique important.

L'ignorance, dit M. Ferré, est le terrain le plus favorable au développement du vice.

L'enfant qui ignore complètement la morale sexuelle s'engage dans le vice en suivant les conseils de ses camarades, de domestiques ou de gouvernantes. Les conséquences en sont indiscutablement dangereuses pour lui. Mais si les parents font eux-mêmes l'éducation sexuelle de leurs enfants, sans laisser à d'autres cette mission, l'enfant sera fort devant le danger et évitera ainsi les risques de blennorragie.

Nous ne croyons pas beaucoup, pour les enfants très jeunes, à l'utilité de la prétendue éducation sexuelle, nous pensons surtout que la véritable prophylaxie c'est l'atmosphère morale et la surveillance de l'enfant et de son entourage.

Les personnes atteintes de blennorragie ne devront, sous aucun prétexte, prendre auprès d'elles, dans leur lit, des enfants sains, car c'est ainsi qu'on voit assez souvent la blennorragie communiquée par une mère à son enfant, ou par une femme malade à sa sœur bien portante jusque-là.

Il existe, en outre, des enfants précoces sexuellement pour lesquels les mesures de prophylaxie consisteront à les éloigner de tout spectacle pouvant avoir une influence sur leur sensibilité érectile, sinon le manque de surveillance en fera des pubères précoces capables de se livrer à des rapports sexuels à la première occasion, et les poussera, en plus, à penser et à rechercher les moyens de satisfaire leur besoin.

Ces différentes indications, rigoureusement mises en pratique, diminueront dans une mesure très appréciable les cas de blennorragie.

En résumé, on peut dire que la meilleure prophylaxie sera la prophylaxie morale et sociale. La contamination des jeunes enfants deviendra de plus en plus rare au fur et à mesure qu'on améliorera les conditions de vie matérielle de la classe pauvre : qu'on lui assurera des habitations salubres, des logements suffisamment spacieux pour éviter la promiscuité.

Alors seulement l'immoralité qui, somme toute, domine l'étiologie de ces blennorragies de l'enfance, disparaîtra ; l'hygiène matérielle ayant pour corollaire l'hygiène morale, cependant la première ne pouvant se passer de la seconde.

TRAITEMENT CURATIF.

Il est identique à celui de l'adulte. On emploie la même médication, la même méthode d'injections et de lavages, mais il présente, cependant, plus de difficulté à cause des petites dimensions des organes et du faible calibre de l'urètre.

Dans le traitement de la blennorragie chez l'adulte, un chapitre est consacré au traitement abortif tenté tout à fait au début, dans les 24 ou 36 premières heures, quand les symptômes sont encore très atténués.

Cette tentative d'aborter la blennorragie ne se voit presque pas du tout chez les jeunes garçons, le diagnostic étant posé plus tard ou impossible à confirmer

au début à cause des symptômes peu certains ou faisant penser à une infection banale, comme celle du phimosis.

Ce traitement étant donc à peu près irréalisable, nous n'insisterons pas sur les méthodes à suivre dans ce cas.

La question d'hygiène et de régime prend une place primordiale et les indications doivent en être strictement suivies.

Tout malade atteint de blennorragie doit être mis au repos, aussi complet que possible, la fatigue physique pouvant entretenir ou prolonger la maladie.

Le port d'un suspensoir n'est pas toujours indiqué chez l'enfant, étant donné l'imparfait développement de ses testicules.

Les grands bains à température peu élevée, répétés et prolongés, constituent un calmant et un décongestionnant en même temps qu'un parfait moyen de lavage complet et d'asepsie de la région génitale.

Un régime sévère reste de toute première importance, les complications et le passage à la chronicité étant le plus souvent dus à des fautes diététiques.

Il est nécessaire d'éliminer les mets épicés et les boissons alcoolisées qui seront remplacées par le lait et les tisanes.

Enfin un bon fonctionnement intestinal sera assuré au moyen de lavements et de laxatifs, pour éviter la constipation.

Ces premières prescriptions accomplies, il importe d'attaquer directement l'agent de cette maladie.

Le traitement consiste en une thérapeutique interne

médicamenteuse et une thérapeutique externe ou locale. Dans la première entrent les alcalins et les balsamiques, dont les indications et les contre-indications sont toujours les mêmes que chez l'adulte.

Notons cependant que les doses doivent être administrées proportionnellement à l'âge de l'enfant.

Parmi les alcalins, le bicarbonate de soude et le benzoate de soude font merveille.

Variot a soumis son malade au régime lacté avec 2 grammes de bicarbonate de soude par jour et lui faisait prendre, en outre, 2 grammes d'opiat de cubèbe et de copahu.

Les balsamiques, fréquemment administrés chez les jeunes enfants, ont une double action : curative et palliative.

Curative en desséchant le canal et en faisant cesser définitivement l'écoulement, et palliative, comme médication symptomatique du plus heureux effet sur certains accidents inconstants de la blennorragie, comme fréquence et douleurs extrêmes des mictions, dysurie et hématurie.

Mais le moment choisi pour leur prescription, la longueur du traitement et sa cessation entrent naturellement en ligne de compte. Ne pas commencer ce traitement trop tôt, le prolonger suffisamment et diminuer progressivement les doses, sont d'une importance capitale.

Les principaux balsamiques sont : le copahu, le santal, le cubèbe, l'essence de térébenthine.

La thérapeutique externe ou locale consiste dans les soins extérieurs proprement dits, assurés par des la-

vages à l'eau bouillie ou simplement additionnés d'un antiseptique à faible dose, et par des injections et grands lavages urétro-vésicaux.

La méthode des injections et des lavages est identique à celle de l'adulte.

Notons cependant la nécessité d'une canule spéciale pour les lavages, dont le diamètre correspondrait au calibre de l'urètre, surtout chez les enfants très jeunes.

Le Professeur Gayet a été obligé de faire faire une canule à la mesure de l'enfant traité par lui.

Les substances à employer sont multiples, à savoir: le protargol, l'argyrol, le collargol, le sublimé, l'oxycyanure de mercure et le permanganate de potasse.

Ce traitement, régulièrement suivi avec un régime et une hygiène surveillée, donne d'excellents résultats.

On est obligé, quelquefois, de combattre, par d'autres médications, certains symptômes anormalement exagérés, comme douleurs vives, dysurie ou rétention d'urine.

Citons maintenant quelques cas traités dans les observations rapportées par nous.

Kammer a fait des injections de sublimé à 1/8000e.

Lazard fait des injections de permanganate de potasse, en lavant le gland et le sillon balano-prépucial avec une solution à 0,50 %. Il fait pénétrer et ressortir dans le canal 7 à 8 grammes d'une solution à 0,25 %, puis après anesthésie à la cocaïne (1/50) du canal, il lave l'urètre avec une solution de 0,10 % et injecte dans la vessie 20 grammes de la même solution, que l'enfant conserve. Il augmente ensuite le dosage et la quantité injectée.

Chaumier a utilisé un antiseptique énergique, le créosotal, qui paraît avoir donné de bons résultats. Il prescrit ce médicament par la bouche à la dose de 1/4 de cuillerée à café, le matin et le soir, pour un enfant au-dessous de 5 ans et une 1/2 cuillerée pour les enfants de 5 à 10 ans.

Dans le cas du Professeur Gayet, le garçon a été traité d'abord par de petits lavages au borate de soude pendant 10 jours, ensuite avec du permanganate de potasse à 0,10/1000°. L'autovaccin associé à ce traitement a donné des résultats sensationnels. Dosé à raison de 300.000.000 de germes pour un centimètre cube dans les proportions de :

Gonocoques 8
Synocoques 2

La première piqûre de 5 gouttes de ce vaccin fut suivie d'une violente réaction fébrile. On fait une seconde piqûre de 2 gouttes et on augmente progressiment la dose jusqu'à 1/2 cc. Après 12 injections, la guérison est complète.

En cas de blennorragie chronique ou de complications comme rétrécissement, cystite et autres, le traitement à instituer est tout à fait calqué sur celui de l'adulte.

Rappelons, toutefois, qu'il faut agir avec grande prudence dans le traitement local de la blennorragie aiguë ou chronique chez l'enfant, car ce dernier a de grandes tendances à faire des rétrécissements de l'urètre, et administrer au commencement des antiphlogistiques.

Observations

OBSERVATION I
(Professeur Gayet : 6 juillet 1931)

Urétrite gonococcique, phimosis.

Ch. D..., âgé de 3 ans, est atteint d'une urétrite blennorragique. Il y a quelques mois, ce garçon était amené vers le Docteur P. Bonnet pour des accidents inflammatoires très graves dus à un phimosis serré.

Le Docteur P. Bonnet craignant des accidents gangreneux, à cause de l'aspect érysipélateux du prépuce, attend quelques jours avant d'opérer. Il fait céder l'inflammation par des bains et des lavages sous-prépuciaux. La circoncision pratiquée ensuite a eu des suites très simples, mais l'état inflammatoire du méat lui avait fait redouter une atrésie secondaire.

L'enfant allait parfaitement bien lorsque, ces jours derniers, il se plaint de souffrir et on a constaté un écoulement purulent par le méat, c'est à cette période de la maladie, à la date du 6 juillet 1931, que cet enfant est envoyé chez le Professeur Gayet avec un diagnostic d'une atrésie du méat et d'une véritable urétrite.

Il présente actuellement un œdème de ce qui reste du prépuce et en pratiquant une pression méthodique sur l'urètre on arrive à faire sortir du méat une goutte de pus qui est d'ailleurs très petite.

On lui fait un petit lavage et une injection de borate de soude et après on fait passer un filiforme, mais une bougie n° 8 est vainement essayée.

Le garçon part avec un traitement de petits lavages qu'il va faire chez lui et une prescription de revenir pour pratiquer des dilatations et des injections.

16 juillet. — Application de petites bougies de 6 et 8. On constate toujours la persistance d'une goutte. L'examen microscopique relève l'existence de microbes : staphylocoques et streptocoques, mais le gonocoque paraît inexistant. Les lavages à l'oxycyanure sont recommandés.

18 juillet. — Les dilatations ont été renouvelées et, en outre, le permanganate de potasse a été mis en œuvre pour les injections. Mais la poussée fébrile notée à 39° fait suspendre les dilatations et les injections. On constate de l'œdème de la verge qui conduit vers une thérapeutique par l'application des compresses chaudes et des tisanes.

1er octobre. — Depuis le 18 juillet le petit malade n'était pas venu et c'est à la date d'aujourd'hui qu'on l'amène avec un écoulement abondant. Un examen microbiologique avait été pratiqué aux laboratoires de Mérieux qui nous envoient les résultats suivants : des cultures sur gélose ascite faites immédiatement après le prélèvement ont donné de nombreuses colonies de coccis présentant l'aspect morphologique et la coloration du gonocoque ; quelques colonies peu abondantes de coccis restant colorées par la méthode de Gram présentent l'aspect morphologique du synocoque.

On fait faire également un autovaccin dosé à raison de 300 millions de germes par centimètre cube dans les proportions de :

Gono 8
Syno 2

L'écoulement est tari mais il persiste de gros filaments.

Les injections de permanganate de potasse sont recommencées à la dose de 0,10 pour mille.

La première piqûre de 5 gouttes d'autovaccin produit une violente réaction avec une température à 39° et des vomissements.

On fait la deuxième piqûre avec 2 gouttes seulement d'autovaccin. On continue les injections.

13 octobre. — Le garçon a été suivi par le Docteur Favre-Gilly pendant les huit jours suivants; les 2 gouttes d'auto-vaccin injectées chaque fois ont été sans réaction. Les injections de permanganate de potasse sont continuées et l'écoulement réapparaît un jour qu'on n'en avait pas fait.

Aujourd'hui on lui fait une injection de permanganate de potasse puis de vaccin intra-urétral au moyen d'une canule fabriquée à la mesure de l'enfant. On fait ensuite une piqûre de 4 gouttes de vaccin.

16 octobre. — Aucune réaction ne s'est produite. On lui fait une injection de permanganate de potasse, puis une piqûre d'auto-vaccin à la dose de 8 gouttes.

20 octobre. — On continure le même traitement, mais en augmentant la dose de l'autovaccin jusqu'à 1/2 cc.

24 octobre. — La conduite thérapeutique est toujours la même et après 12 injections une guérison complète est démontrée par l'examen approfondi et la suppression de tout écoulement.

Il paraît certain, d'après une enquête rigoureuse faite dans la famille, que ce petit garçon a été contaminé par sa bonne, laquelle se soignait pour une maladie vénérienne.

24 janvier 1932. — Le petit malade est revu en parfaite santé.

OBSERVATION II
(A. Fournier)

Le 11 janvier 1873, un jeune enfant accompagné de sa mère, est conduit à ma consultation par mon collègue et ami le Docteur Guéneau. Cet enfant, me dit-on, est affecté depuis quelques jours d'une chaude pisse qui lui aurait été communiquée par *une petite fille âgée de* 12 *ans*.

C'est un beau bébé âgé *de trois ans* exactement, joufflu, rosé, et paraissant jouir d'une santé excellente. Il est sans fièvre, il a bon appétit, toutes les fonctions sont en bon état. Il n'est atteint que d'une affection locale bien étrange pour son

âge, et sur laquelle se concentre, en conséquence, toute mon attention. Nous le déshabillons et je constate ceci : Phimosis, écoulement purulent sortant du prépuce, lequel présente une certaine suffusion rosée ; le prépuce était légèrement rétracté et j'aperçois le méat urétral qui est d'un rouge foncé et d'où vient sourdre, par pression exercée sur l'urètre, une grosse goutte d'un pus crémeux, jaune verdâtre, absolument identique à ce qu'est le pus de la blennorragie. Les testicules sont sains. Pas de ganglions inguinaux. Rien de morbide vers le périnée, l'anus et les régions périphériques. Il n'y a donc pas à en douter, l'enfant est affecté, sans parler d'un certain degré de balano-posthite, d'un écoulement purulent urétral d'apparance complètement blennorragique.

Ce diagnostic se trouve d'ailleurs confirmé par un autre symptôme dont la mère nous rend compte. Chaque fois que l'enfant urine, il éprouve de très vives douleurs, il pleure, il crie, il trépigne et se démène « comme un petit diable ». Nous en pouvons juger « de visu » car pendant notre consultation l'enfant est pris d'une envie d'uriner et il urine devant nous en jetant les hauts cris, en pleurant, en se débattant et en frappant convulsivement le parquet de ses petits pieds. Les douleurs de la miction sont donc des plus violentes, et rien ne manque à l'ensemble des signes qui caractérisent la blennorragie la plus franche.

Mais d'où vient cette blennorragie ? Comment un enfant de cet âge a-t-il pu contracter un tel mal ? Après une longue et difficile enquête, M. le Docteur Guéneau a fini par pénétrer le secret de la contagion qui n'était autre qu'une véritable contagion vénérienne. Que la rareté du fait serve d'excuse aux détails qui vont suivre.

L'enfant avait l'habitude de jouer avec une petite fille de 12 ans, qui demeurait dans la même maison, sur le même palier. Cette fillette, déjà très mal notée dans le voisinage, attira un jour le bambin dans sa chambre, le renversa sur son lit, se coucha sur lui, sous prétexte de « jouer au cheval » et finalement abusa de lui. Ce fut quelques jours après, trois ou

quatre autant qu'on put s'en assurer, que l'enfant commença à tacher son linge.

L'affection urétrale fut intense comme symptômes et notablement rebelle. Les douleurs de mictions, dont nous avons signalé précédemment l'accuité singulière, se prolongèrent vers la fin de février, c'est-à-dire pendant une période de plus de six semaines, en dépit des médications diverses que nous essayâmes de leur opposer (bains, boissons émolientes, cubèbe, santal, tc.). Elles furent donc doublement remarquables et par leur intensité insolite et par leur persistance.

L'écoulement ne fut pas moins difficile à modérer et à tarir. La maladie n'affecta guère une durée totale moindre de trois mois. Ce qui la termina fut le saccharure de cubèbe que l'enfant consentait à prendre sans dégoût et qu'il tolérait bien. Il est à noter, du reste, que ce petit malade supporta toujours très aisément, même à doses relativement élevées, les préparations de cubèbe et de copahu, auxquels tant d'estomacs adultes se montrent réfractaires.

OBSERVATION III
(Par MM. Aimes et Guibal)

Urétrite gonococcique chez un garçon de 5 ans.

Nous avons soigné pendant l'année 1922, dans le service de M. le Professeur Estor, un petit garçon de 5 ans atteint de blennorragie (P... Jean).

Son entourage remarquait, depuis un mois, qu'il pleurait à l'occasion de chaque miction et qu'en dehors des mictions un écoulement louche souillait son linge.

L'examen nous a montré une verge tuméfiée uniformément et rouge ; un orifice préputial très petit ; une suppuration abondante par cet orifice. L'étude microscopique de ce pus révélait une véritable pullulation de gonocoques.

Circoncision : le gland ainsi découvert est congestionné et

gros ; l'écoulement persiste sans modification les jours suivants, provenant bien du méat.

Dès cicatrisation (cinq jours après), le malade passe dans le service de M. le Professeur Jeaubrau, où six semaines de grands lavages quotidiens sont nécessaires pour amener une guérison complète.

OBSERVATION IV
(E. Chaumier)

20 septembre 1894 ; Edmond T..., 7 ans 1/2, habitant une petit bourgade d'Indre-et-Loire.

Le mois dernier, est venu passer une dizaine de jours à Tours, chez des parents. Il est rentré chez lui vers le 25 août. Au bout de quelques jours il s'est plaint de souffrir en urinant. On a vu des taches sur sa chemise. Cet enfant est atteint de blennorragie.

En pressant sur l'urètre on fait sortir du pus par le méat. Le prépuce est long et facilement renversable en arrière. Il souffre en urinant et pisse au lit depuis le commencement de sa maladie.

Je cherche à savoir comment ce petit garçon a été contagionné, je ne puis rien lui faire avouer. Les parents n'arrivent pas à de meilleurs résultats.

L'enfant prendra pour tout traitement une cuillerée à café de créosotal.

28 septembre. — Le petit malade n'urine plus au lit, mais souffre encore en urinant. On amène très facilement une goutte de pus au méat. Continuation du traitement.

19 octobre. — Le méat est encore très humide. L'enfant ne souffre plus.

7 novembre. — Plus de taches à la chemise, on amène encore assez facilement une goutte de pus au méat. L'enfant prendra 2 cuillerées à café de créosotal.

14 novembre. — On ne peut plus faire sortir du pus. Méat humide.

21 novembre. — Il y avait très peu de taches sur sa dernière chemise qu'il avait gardé huit jours ; elles étaient petites et claires. Il est très difficile en pressant un grand nombre de fois sur l'urètre d'amener une très petite gouttelette de pus clair ou de mucus.

5 décembre. — En pressant le canal avec beaucoup de soin on arrive à peine à avoir un peu d'humidité du méat.

OBSERVATION V
(Fischer)

Urétrite gonococcique, orchi-épididymite.

O. B.., âgé de 9 ans, fut amené par ses parents le 25 novembre 1901, avec un écoulement purulent de l'urètre et une tuméfaction des testicules.

L'interrogatoire donne les renseignements suivants : l'existence d'un écoulement et des douleurs à la miction depuis trois semaines. La tuméfaction douloureuse du testicule droit inquiète beaucoup la mère et la conduit, finalement, à consulter un médecin.

A l'entrée : On est en présence d'un enfant dont l'état général est défectueux, avec pâleur de la face, mais rien d'intéressant à signaler ailleurs, sauf son affection génitale.

Examen des organes génitaux : On voit un orifice urétral qui est rouge et tuméfié, son prépuce est également tuméfié, le gland est rouge et enflammé, une goutte de pus s'échappe du méat. La partie droite du scrotum est augmentée de volume, la pression exploratrice sur le canal spermatique révèle une douleur, on sent nettement l'augmentation de volume des ganglions inguinaux des deux côtés.

L'examen microscopique démontre de nombreux coccis.

L'épreuve de deux verres est positive. Enfin on constate une petite exacerbation de la température.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

On n'a pas pu avoir de renseignements au sujet des rapports sexuels entre les deux enfants.

OBSERVATION VII
(Tardieu)

Attentats aux mœurs.

Le jeune L... avait été depuis un mois victime des actes de débauche d'une jeune fille de 16 ans, et initié par elle à un véritable commerce sexuel. L'examen de l'enfant et de la prévenue nous donne les résultats suivants : Le jeune L... a la verge très petite, il présente en outre une inflammation préputiale avec suintement blanchâtre, un écoulement urétral abondant, épais, jaune verdâtre, manifestement blennorragique. L'inculpée, fille M..., était depuis longtemps déflorée. Elle était atteinte d'un double écoulement vaginal et urétral de date non récente.

OBSERVATION VIII
(Paul Bernard)

Une petite fille de 7 ans fut violée par un gardien de la paix ; de ce viol il est résulté une urétro-vaginite intense. Un petit garçon de 9 ans eut des rapports avec cette jeune fillette : pour ce faire, la fillette s'étendait sur un matelas et couchait l'enfant sur elle. A la suite de ces rapports, le petit garçon présenta une urétrite aiguë avec phimosis.

OBSERVATION IX
(Rouher)

Le 27 novembre 1898, j'étais appelé dans un village pour un enfant de 3 ans qui, au dire de la mère, n'avait pas uriné depuis trois jours.

J'arrivais dans une masure où grouillaient, dans une seule pièce, des ivrognes, des filles et des enfants. Dans cette pièce, deux lits où couchent le père, la mère et cinq ou six enfants. Dans l'un était le jeune malade que je trouvais avec la verge œdématiée et du pus sortant de l'urètre. Quant à la prétendue rétention d'urine elle n'était que relative, mais l'enfant urinait le moins possible, pour éviter la douleur que lui causait la miction.

Pendant que je l'examinais on me montra un deuxième enfant de 6 ans, qui avait de la peine à uriner depuis un mois. En pressant sur la verge de ce dernier je fis sortir quelques gouttes de muco-pus. Le diagnostic de blennorragie s'imposait, mais d'où venait l'inoculation ? Tel est le point d'interrogation que je me posais et qui fut résolu, à mon retour, par mon domestique.

Ce dernier m'apprit que, la veille, on avait célébré le mariage de la fille aînée qui, selon l'expression, « avait roulé dans toutes les maisons de Riom et avait accordé toutes espèces de privautés, le soir même de son mariage, à trois individus, pendant que son mari sacrifiait à Bacchus ».

Je n'avais plus entendu parler de mon malade, lorsque le 14 décembre je vis arriver le pauvre diable de mari avec une superbe chaude pisse datant de huit jours. La contagion venait certainement de la jeune mariée, qui a dû coucher, vu la promiscuité du milieu, dans le même lit que ses frères, et les objets de literie auraient servi d'intermédiaire. Il se pourrait qu'en vertu du préjugé populaire, le coït avec une personne vierge guérit des maladies vénériennes, la fille en question ait abusé de l'un d'eux.

OBSERVATION X
(Kammer)

Un enfant de 2 ans 1/2 ayant « joué » avec une femme que ses parents avait prise dans la rue pour lui donner quelques occupations dans la maison, présenta des accidents blen-

norragiques qui guérirent au bout de quelque temps par des irrigations urétrales au sublimé à 1/8000.

Six mois plus tard, l'enfant fut pris d'une rétention d'urine et on trouva un rétrécissement qui ne laissa pas passer la sonde la plus fine, de sorte qu'on fut obligé de ponctionner la vessie. Ces ponctions furent répétées pendant trois jours et le cathétérisme fait pendant l'éthérisation a démontré la présence de trois rétrécissements antérieurs infranchissables et d'un rétrécissement au niveau de la portion membraneuse, également infranchissable.

Le rétrécissement antérieur fut sectionné par l'urétrotomie interne ; le rétrécissement profond a été attaqué par l'urétrotomie externe.

Quand le malade a quitté l'hôpital, le N° 22 passait facilement.

OBSERVATION XI
(Lazard)

Un garçon de 7 ans 1/2 est amené par sa mère pour un écoulement de l'urètre. La verge est plus développée qu'elle n'est d'ordinaire à cet âge ; elle n'a pas moins de 7 centimètres de longueur ; le gland est turgescent et complètement découvert ; le prépuce est un peu œdématié. Des bords du méat on voit sourdre une goutte de pus épais et verdâtre, les lèvres du méat sont rouges et boursouflées. L'enfant éprouve des douleurs très vives en urinant.

L'enfant couchait tantôt avec sa mère, tantôt avec ses sœurs. L'une d'elles, âgé de 18 ans, n'avait pas de travail à ce moment, et plusieurs fois la mère l'avait trouvée, dans la journée, couchée avec son frère, sans y attacher d'importance. Or, cette jeune fille avoua qu'elle avait, depuis six semaines, un écoulement abondant et verdâtre et qu'au début elle souffrait d'une cuisson douloureuse en urinant. La blennorragie de ce jeune garçon guérit en quatre semaines par

des injections de permanganate de potasse et de salol à l'intérieur. La douleur céda très vite au salol.

OBSERVATION XII
(L. Beilin, 1931, Baltimore)

A. N..., âgé de 5 ans, bien développé, vient d'être adressé à moi pour une circoncision à la suite d'un phimosis et d'une balanite.

A l'examen, le prépuce est tuméfié et rouge, turgescent et impossible à décaloter. Après une incision dorsale, le méat apparaît congestionné, rouge, avec ectropion marqué de la muqueuse. On voit également une masse incrustée recouvrant le méat, sous laquelle on constate du pus.

L'examen microscopique a mis en évidence le gonocoque de Neisser à Gram négatif. La plaie est guérie dans les dix jours par application d'acide borique chaud sur la région circoncisée.

On lui donne une mixture alcaline et on fait des irrigations avec permanganate de potasse à 1/12000. La dose est augmentée en deux semaines jusqu'à 1/8000.

Après ces irrigations, on constate, à plusieurs reprises, du pus dans l'urine, qui vient de l'urètre postérieur.

En plus, on lui applique un traitement par vaccin antigonococcique pendant six semaines, après quoi l'urine devient claire. Une bougie de 12 F passe facilement dans l'urètre. La prostate reste indemne.

La cause de cette maladie est difficile à déterminer ; les parents, au point de vue renseignements, donnent peu de chose, ils sont en bonne santé et appartiennent à la classe aisée. Seule, la gouvernante, qui évite un examen, devient suspecte.

OBSERVATION XIII
(Beilin)

Louis A..., âgé de 8 ans, arrive au dispensaire avec les symptômes suivants : incontinence d'urine, douleurs, brûlures dans l'urètre et une goutte blennorragique depuis cinq jours.

La présence de gonocoques est nettement constatée.

On le traite par des injections de protargol à 0,25 % en solution qui, dans trois mois de traitement, ne donne qu'une guérison apparente.

Pour déterminer l'origine de cette blennorragie, le garçon, serré de questions, raconte que c'est sa gouvernante qui le prenait dans sa chambre où elle provoquait des érections de sa verge et la frottait contre sa vulve. Ces manœuvres ont été répétées à plusieurs reprises, de telle sorte qu'elles arrivaient même à de vrais rapports sexuels.

Ce garçon, qu'il faut considérer comme un prématuré sexuel, a eu des rapports avec d'autres femmes.

OBSERVATION XIV
(Beilin)

Rufus D... (nègre), âgé de 9 ans, a été atteint deux fois de blennorragie. La première fois, il avait 6 ans 1/2, la deuxième fois, il avait 8 ans. Il est amené au dispensaire par sa mère.

A l'examen on constate : les organes génitaux normalement développés, l'existence d'un écoulement purulent depuis trois semaines, qu'il a traité par l'argyrol ; et enfin une urétrite postérieure avec rétention d'urine.

Après quatre visites à la clinique, ce malade ne revient plus et, de cette façon, son traitement a été arrêté.

OBSERVATION XV
(Beilin)

John R..., âgé de 6 ans, est atteint d'une dysurie et de fréquences depuis quatre jours. Un écoulement date seulement de deux jours. Son prépuce est tuméfié, rouge et mou, et au niveau du méat on voit beaucoup de pus.

Au point de vue microscopique, on note beaucoup de diplocoques intracellulaires à Gram négatif. On prescrit un traitement au protargol à 0 gr. 25 % ; en outre on lui donne des balsamiques.

Le malade ne vient pas régulièrement dans la clinique, et après quatre mois on constate encore des éléments microbiens à Gram négatif.

La mère ne voulut d'abord pas donner de renseignements sur l'origine de la maladie et, seulement ensuite elle a avoué que ce garçon partageait le lit de sa sœur, âgée de 13 ans, laquelle, après examen, fut trouvée avec un hymen rompu, du pus dans le vagin qui, microbiologiquement, met en évidence des diplocoques à Gram négatif.

OBSERVATION XVI
(Beilin)

Sanforel S..., âgé de 6 ans, arrive au dispensaire de « The Children's Memorial Hospital ». Il se plaint de fréquences, de dysurie et d'une hématurie terminale depuis trois jours.

Il déclare avoir eu des rapports avec une jeune fille de 16 ans qui, paraît-il, a débauché d'autres enfants habitant ce voisinage.

Deux autres garçons atteints d'une blennorragie arrivent après, également contagionnés par la même jeune fille. Tous ont été soignés de la même manière.

La jeune fille fut renvoyée dans une maison de correction.

Chez le premier garçon, on relève un phimosis marqué et un méat rétracté. Au début on ne lui fait pas de traitement local, et après avoir pratiqué une circoncision avec méatomie on lui applique le traitement habituel.

OBSERVATION XVII
(Beilin)

Carville L..., âgé de 11 ans, est en traitement au dispensaire pour une urétrite chronique qui date de six mois avec trace d'un chancre guéri au niveau du sillon préputial.

La réaction de Wassermann est très positive.

Il a eu, deux ans avant, une blennorragie, avec, en même temps, une ulcération au niveau du pénis.

Sur un interrogatoire serré, il a confessé avoir pratiqué des rapports fréquents au cours du traitement.

Ses organes génitaux sont très développés, mais la région pubienne est dépourvue de poils. Le phimosis, courant à cet âge, manque dans ce cas.

Le traitement et la guérison étaient impossibles à suivre, le malade n'étant plus revenu.

OBSERVATION XVIII
(Lop)

Un garçon de 3 ans entre à l'hôpital pour « embarras d'estomac ». Il était atteint d'urétrite blennorragique des plus intenses. Cette urétrite était accompagnée des signes classiques (écoulement purulent, douleur à la miction, érection). Ce pauvre garçon souffrait réellement : c'était l'explication de la fièvre et de l'embarras gastrique.

Le traitement antiphlogistique, utilisé en pareil cas, et les balsamiques firent tout rentrer dans l'ordre et le petit malade guérit assez rapidement (trois semaines environ).

L'examen microscopique nous révèle l'existence du gonocoque de Neisser dans cet écoulement urétral.

Peu après, la tante du petit malade, âgée de 20 ans, vint se faire examiner, elle était atteinte de vaginite et d'urétrite blennorragique. Pressée de questions, elle avoua que souvent elle s'amusait avec le petit et frottait contre elle sa verge.

OBSERVATION XIX
(J. Arnaud)

Le 16 mai 1894, un petit garçon de 4 ans se plaint de douleurs en urinant, et cela d'une façon continue. Le prépuce est rouge, œdématié, il est impossible de découvrir le gland. En pressant d'arrière en avant sur la verge, on fait sourdre une assez grande quantité de pus verdâtre et épais. Le Docteur Arnaud avait soigné, peu avant, la bonne de cet enfant pour une cysto-néphrite blennorragique qu'elle avait contractée avec un garçon boucher atteint de chaude pisse. Elle nia tout rapport avec l'enfant, mais il y a tout lieu de supposer le contraire.

OBSERVATION XX
(Schell, cité par Lop)

Il y a trois ou quatre ans, le Docteur Schell fut requis par le commissaire de police pour examiner un petit garçon de 12 ou 13 ans.

Cet enfant, très intelligent, se plaignait d'une violente phlegmasie urétrale (blennorragie aiguë) et racontait ceci :

Son père, qui vivait avec sa maîtresse, quittait la maison de bonne heure pour son travail. Après son départ, la jeune femme prenait le petit dans son lit et là « lui touchait son pipi et lui mettait son pipi dans son pipi », en d'autres termes le masturbait et introduisait sa verge dans son vagin quand elle était raide.

La femme fut trouvée indemne de blennorragie *apparente*, il n'a pas été fait d'examen bactériologique. Les experts conclurent qu'en l'absence de signes évidents de blennorragie, la masturbation et les frottements péniens avaient pu donner naissance à cette urétrite. La femme fut condamnée.

OBSERVATION XXI
(Robert Abble)

Robert Abble rapporte l'observation d'un enfant de 3 ans qui quelques jours après l'arrivée d'une domestique atteinte de vaginite de nature douteuse, présenta un écoulement purulent, très riche en gonocoques, accompagné de douleurs de miction avec œdème du pénis. L'écoulement vaginal de cette domestique renfermait des gonocoques de Neisser ; aussi, malgré ses dénégations, l'auteur américain n'en conclut-il pas moins à la contagion directe.

OBSERVATION XXII
(Grandvall)

Le Docteur Grandvall a observé dans sa clientèle un garçon de 6 ans et une petite fille de 8 ans, atteints, l'un d'une urétrite blennorragique, l'autre d'une vaginite de même nature. Ces deux enfants avaient été souillés par une bonne atteinte d'urétro-vaginite gonococcique.

Conclusions

I. — La blennorragie atteint les enfants moins rarement peut-être que les classiques français ne le laisseraient entendre. Les petits garçons fournissent dans ce pays de rares observations.

II. — Comme pour la blennorragie des petites filles, l'étiologie permet d'admettre deux modes de contagion :

A) Contagion non vénérienne.

B) Contagion vénérienne, celle-ci se divisant en :

a) Contagion entre adultes et enfants.

b) Contagion entre enfants.

III. — Les symptômes ne s'éloignent pas beaucoup de ceux observés dans la blennorragie de l'adulte. Signalons certaines particularités : le phimosis, la balano-posthite et les symptômes douloureux parfois très violents, enfin les troubles de la miction, rétention, incontinence.

IV. — Le diagnostic présente peu de difficultés à la condition d'y penser et de faire rechercher par un laboratoire compétent quel est l'agent pathogène de l'écoulement.

V. — Le traitement comporte :

a) une prophylaxie dans laquelle joue un rôle prépondérant une hygiène matérielle autant que morale;

b) la méthode des injections, prudemment employées, donne de bons résultats et nécessitera l'emploi d'une canule spéciale, surtout chez les très jeunes enfants ;

c) le traitement interne et surtout les autovaccins peuvent rendre de bons services pour obtenir une guérison ;

d) la surveillance des fonctions mictionnelles pendant les années suivantes, au point de vue rétrécissement urétral.

Vu :
Le Doyen,
Jean LEPINE.

Le Président de la Thèse,
GAYET.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 5 Octobre 1932.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

A. LIRONDELLE.

Bibliographie

Aimes et Guibal. — Urétrite gonococcique chez un garçon de 5 ans. *Bull. Soc. d. sc. méd. et biol. de Montpellier*, 1922.

Abble-Robert. — *New-York Med. Journ.*, décembre 1893.

Baginsky. — *Traité des Maladies des enfants*, t. II, p. 504.

Barthélemy. — *La Clinique infantile*, 1er mars 1903, N° 1, p. 24.

Beilin. — *Journal of Urology*, Battimore, 1931.

Bendig. — Uber eine Gonorrhacendemie bei Schulkindern in einem Solbad. München. *Med. Wchnschr*, 1909.

Bernard (P.). — Attentat à la pudeur sur les petites filles. *Thèse*, Lyon, 1886.

Bieberbach (W. D.). — Gonorrhea in male childern. *Boston M. et S. J.*, 1914, 351-353. *Boston M. et S. J.*, 1918, 259-262.

Bogdan-Immervol. — L'urétrite gonococcique des petits garçons. *Méd. inf.*, Paris, 1899, 165-183.

Chaumier (Ed.). — *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantile*, Nos 28, 29, 30, 1895.

Cseri (J.). — Elöliges Közlemeny flük urethritikus valadékoban talalt görcsöi blethol. *Orvosi hetil*, Budapesth, 1886, XXX, p. 34. *Wien. Med. Presse*, 1886, XXVII, p. 908-910.

Descroisilles. — *Manuel de Path. et de Clinique infantile*, Paris, 1870.

Faitout. — Urétrite par masturbation. *Presse Méd.*, 1896, p. 63.

Eleischmann (L.). — Masturbation et onanisme chez les nourrissons. *Analyse in Annales d'Hyg. pub. et de Méd. légale*, 3e série, t. V, p. 881.

Ficher. — *Münchener medezinische Wochen schrift*, 18 novembre 1902, pp. 1917 et suiv.

Fournier. — Blennorragie urétrale par contagion vénérienne chez un enfant de 3 ans. *J. de Méd. et Chirurg. prat.*, Paris, 1874.

Genevoix (O.). — Les urétrites chez les petits garçons. *Thèse*, Paris, 1904.

Granwal. — *New York Med. Journ.*, juin 1893.

Halt (E.). — Gonorrheal infections in childern. *N. Y. Med. Times*, july 1905.

Isnardi. — Acad. de Méd. de Turin, 24 février 1894.

Kammer. — *New York Med. Journal*, 1890, p. 666.

Koplik. — *New York Med. Journal*, 21 juin 1890. Urethritis in boys J. Cutan. et génito-urin. *Dis. New York*, 1893, t. X, 219-263.

Kraft Ebing bon. — *Psychopathia Sexualis*, *Rebman Co*, 1906, 413.

Langer, Erik. — *Geschlechts Krankheiten bei Kinder*. Münich, 1925.

Lop (P. A.). — Attentat à la pudeur commis par des femmes sur des petits garçons. *Thèse*, Lyon, 1895.

Lydston, Frank (G.). — Sex Hygiene for the Male. *Riverton Presse*, 1912.

Minime. — Etudes de psychopathie sexuelle. *Journal de Médecine de Paris*, 9 juin 1895.

Moncorvo (de Rio de Janeiro). — Rhum. blenn. chez les enfants. *Médecine infantile*, 1894.

Nogués (P.). — *Annales des maladies des org. génit. urin.*, 1898, p. 569.

Richardière. — Rhum. blenn. dans l'enfance. Société méd. des Hôpitaux, 20 octobre 1893. *Journal de Clinique infantile*, 1er novembre 1893.

Röna (S.). — Uber Aetiologie and Wesen der urethritis catarrhalis der Kinder mäunlichen Geschlechtes. *Arch. für Dermatologie u. Syph. Wien und.* Leipzig, 1893, t. XXV, pp. 149-164.

Rouher. — Cas de blennorragie chez un garçon de 3 ans. *Gaz. d. Hôp.*, Paris, 1899, t. XXII, p. 271.

Rupski (A. P.). — Uber die gonorrhoische Urethritis bei Knaben. *Monatsb. f. Urol.*, Berl., 1905.

Sharp, Buckley (B.). — Genorrheal urethritis in male childern. *Lancet*, 1927, 653.

Steckel (W.). — Etude de psychopathie sexuelle. *Wiener Medezinische Blätter*, 18 avril 1895.

Tardieu. — Attentats aux mœurs, p. 193.

Van Arsdale. — Acad. de Méd. de New-York, séance du 10 novembre 1896.

Vanuxem. — Rhumatisme blenn. chez l'enfant. *Thèse*, Paris, 1895.

Variot-Lazard. — *Journal de Clinique et de Thérap. inf.*, 3 mai 1894.

Viger. — *Journal des connaissances médicales*, 19 juillet 1894.

Vignandon. — Arthropathie blenn. chez l'enfant. *Thèse* de Paris, 1893.

Vibert et Bordas. — Le gonocoque en méd. lég. Médecine moderne, 1891. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 12 août 1890.

Vlasova (V. A.). — Gonorrheal urethritis in children. *Pediatria*, 1928, p. 55.

Wolbarst (A. L.). — *Acute urethritis in children Méd. Rec.*, New-York, 1910, 768.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Historique 11

Chapitre premier. — Aperçu général..... 15

Chapitre II. — Etiologie..... 19

Chapitre III. — Etude clinique..... 35

Chapitre IV. — Complications..... 43

Chapitre V. — Diagnostic..... 55

Chapitre VI. — Traitement..... 61

Observations 69

Conclusions 87

Bibliographie 89